

《送信先》

県立日南病院薬剤部

FAX 0987-31-1477



報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID：	電話番号：
患者名：	FAX番号：
	担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ました。 <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします。	

県立日南病院の処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。

下記について、ご報告させていただきますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供	提案事項 (左記に対する保険薬局からの提案等)
<input type="checkbox"/> 薬の服用、使用状況及び気になる症状 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬（吸入薬、点眼薬、軟膏、インスリン注射剤等）	
<input type="checkbox"/> 残薬の状況 (次回診察までに伝えておきたい情報)	
<input type="checkbox"/> その他 (検査値から注意が必要と思われる処方薬による副作用等)	
処方箋の添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

〈注意〉

本服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。

疑義照会は従来通り処方箋に疑義内容を記入し、FAX (0987-32-1615) してください。